FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1961 1962

THÈSE

N° 4

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jean Jacques MOREAU
né le 3 Octobre 1931 à Paris (XV°)
Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le : 1962

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU PHENOMÈNE D'ENGRAISSEMENT PRÉBASEDOWIEN.

Président : Mr. J.DECOURT, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1961

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jean Jacques MOREAU
né le 3 Octobre 1931 à Paris (XV°)
Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU PHENOMÈNE D'ENGRAISSEMENT PRÉBASEDOWIEN.

Président : Mr. J.DECOURT, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V^e

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

1-10-1960

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . **Léon BINET.**
Membre de l'Institut

ASSESSEUR . . . . . **Jean VERNE.**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	ETTORI (J.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	N.
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	N.
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Broussais	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N.
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	N.
Embryologie	GIROUD (A.)
» (Prof[r] à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
» » (Profr à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
» (Profr à titre personnel)	BRUMPT (L. C.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
» » (Profr à titre personnel)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Profr à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Profr à titre personnel)	BARGETON (D.)
» (» »)	PARROT (J)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» » (Profr à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOWSKI (J.), m. conf.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A).
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	GHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) pr. s. ch. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.), MANDE (R.), MOZZICONACCI (P.), POLONOVSKI (C.), ROSSIER (A.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.), LECHAT (P.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch., KELLERSHOHN

	MM.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNÉA (P.), CHAPUT (Mme A.), m.c. agr., GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.), LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.), AMELINE (A), pr. s. ch., HUGUIER (J.), OLIVIER (C.), PADOVANI (P.), POILLEUX (F.), ROUX (M.), VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	DOMART (A.), PERRAULT (M.), RAMBERT (P.), THIEFFRY (S.)

	MM.
Clinique obstétricale	GRASSET (J.), MAYER (M.), RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.), OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . M. LENA (J.)

Secrétaires . . . . . Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mme ROCHE (L.)

Conservateur en Chef . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma père, à ma femme

A mon père

A mes beaux-parents

A mes enfants

A mes oncles Paul et Margot

A tante Yvonne

A mes amis.

A Monsieur le Professeur J. DECOURT

Professeur de Clinique d'Endoemologie à la Faculté

Qui nous a fait l'honneur d'accepter

la présidence de cette thèse

INTRODUCTION

Dès 1948, Monsieur le Professeur J. DECOURT avait insisté sur la fréquence des phénomènes de prise de poids prébasedowiennes, qui semblaient pouvoir être rattachés à une perturbation hypothalamique.

Reprenant les observations des maladies de Basedow, nous avons recherché celles qui mentionnaient ce phénomène.

Nous avons essayé d'en rechercher les caractéristiques principales, en particulier par rapport à l'ensemble des maladies de Basedow.

Ce travail a été rendu possible grâce aux malades et aux observations du service et de la pratique privée de Monsieur le Professeur J. DECOURT, que nous tenons à remercier ici vivement de ses conseils.

VALEUR STATISTIQUE

Il n'est pas dans notre intention d'avancer ici des chiffres absolus.

D'une part, la prise de poids n'est souvent connue du malade que lorsqu'elle est suffisamment manifeste et importante.

D'autre part, elle est loin d'être toujours mentionnée, devant l'importance et l'intérêt de l'amaigrissement qui lui succède.

Par ailleurs, nous avons éliminé les prises de poids de moins de quatre kilos, même rapides et sans cause apparente, comme prêtant trop à discussion.

Enfin il existe parfois un intervalle libre plus ou moins important, entre la prise de poids et l'amaigrissement caractéristique de la maladie de Basedow. Nous en avons retenu quelques cas qui nous paraissaient être dans la ligne du phénomène.

Au total, nous avons retenu une vingtaine de cas qui feront plus particulièrement l'objet de notre étude ; c'est ainsi que la fréquence relative du phénomène peut être évaluée soit à une soixantaine de cas sur 500, soit 13 %, ou, au moins, dans un autre groupe plus particulièrement trié, à environ 7 % des cas de maladie de Basedow.

De toute façon, ce phénomène mérite de prendre place parmi les symptômes pouvant précéder l'apparition de certaines maladies de Basedow.

- Ière PARTIE -

OBSERVATIONS

CAS N° 1 - Melle Lou... 18 ans.

Bien réglée jusqu'alors et sans passé mental. Elle subit en 1940, lors de l'exode, de vives émotions. Originaire de l'Aisne, elle doit s'enfuir brusquement à l'approche des combats. Le 20 mai, elle est bouleversée par la vision d'une crise névropathique et elle-même accuse un tremblement, de l'angoisse. Ses règles qui auraient dues se prolonger quelques jours, s'arrêtent brusquement et survient une aménorrhée de 5 mois, suivie d'un engraissement rapide, qui atteind 10 kg en 2 mois.

En Octobre et Novembre, les règles disparaissent à nouveau. A ce moment on remarque l'apparition d'un goitre, bientôt suivi d'un syndrome Basedowien complet. Le poids de la malade restera cependant supérieur de cinq kilos à ce qu'il était auparavant.

En Juillet 1941, on note un goitre volumineux, hypertrophié dans son ensemble, mais surtout à droite, régulier, souple, pulsatile et soufflant.

- l'exophtalmie est nette
- le tremblement très accentué
- la tachycardie à 132
- le M.B. augmente de 56 %

CAS N° 2 - Mme Bel... 32 ans.

A été formée à treize ans, mais ses règles ont toujours été irrégulières, survenant avec des retards de huit à quinze jours. Elles étaient peu abondantes, durant quatre à cinq jours. Les jours précédents, la malade se montrait plus nerveuse, avait souvent des lypothymies, mais pas de douleurs mammaires. A 26 ans, elle se marie, pesant alors 48 kg. Elle est aussitôt enceinte et met au monde une fille, qu'elle ne nourrit pas, car elle n'a pas de lait. Le retour de couches se fait le deuxième mois ; les règles reprennent leurs caractères antérieurs. A 30 ans, apparaît une aménorrhée de six mois, qui se termine par l'expulsion d'un môle hydatiforme du volume d'un petit poing. A 31 ans, nouvelle grossesse, bien supportée, sans engraissement particulier. Accouchement d'un garçon normal, le 20 janvier 1947. Retour de couches la sixième semaine.

Aussitôt après ce dernier accouchement, la malade se met à engraisser avec

une extrême rapidité " à vue d'oeil ", dit l'entourage. Le poids s'élève de 12 kg en trois mois, atteignant 63 kg,700, sans autres malaises qu'un peu d'essoufflement, des céphalées, des palpitations. Au bout de ces trois mois, tout en continuant à engraisser, la malade se sent bien.

En Septembre 1947, elle se met brusquement à maigrir, et reperd ainsi, en trois mois, les 12 kg qu'elle avait pris après son accouchement, En même temps s'installe un syndrome basedowien typique et complet, et les règles se réduisent à un écoulement insignifiant durant trois à quatre jours.

Le 7 Novembre 1947, le poids est de 52 kg,800 pour une taille de 1 m.485. La malade n'est donc pas maigre. Mais elle présente un état lipodystrophique : la face et le haut du corps sont minces, tandis que les membres supérieurs sont le siège d'une adipose considérable, douloureuse à la pression. En outre, les 2/3 inférieurs des jambes et des pieds présentent une infiltration dure, sclérodermique.

On note un goitre important, le corps thyroïde paraît à peu près triplé de volume, il est augmenté dans son ensemble, ferme, diffus, mais avec quelques irrégularités, l'exophtalmie est très appréciable, avec le signe de de Graefe, le pouls bat à 120, le métabolisme basal est élevé de plus de 56 %, glycémie 0,93, cholestérolémie 1,25.

Notons encore, pour être complets, que deux cousines germaines de la mère de la malade ont eu un goitre exophtalmique. L'une a subi une thyroïdectomie subtotale ; l'autre a été traitée par les rayons X. Ces deux personnes, d'ailleurs, n'auraient eu entre elles aucune parenté, car elles étaient nièces, l'une du grand-père et l'autre de la grand-mère. Toutes deux ont été mariées, mais n'ont pas eu d'enfants.

CAS N° 3 - Mme Lag... 28 ans.

A toujours été quelque peu nerveuse, impressionnable. Premières règles à 11 ans ½, toujours irrégulières, avec des retards de huit à quinze jours, mais très abondantes durant huit jours. Mariage à 22 ans, deux enfants : un garçon de 4 ans ½ et une fille de 2 ans ½. Allaitement pendant dix mois après chaque grossesse.

Après le sevrage du second enfant, de mai à décembre 1946, la malade subit

un engraissement insolite, qui atteind 6 kg en sept mois, sans que rien ne l'explique ni changement de vie, ni modification de l'alimentation. En décembre 1946, le poids est de 63 kg. La malade fait à ce moment un séjour dans le Tyrol, où elle ne se fatigue pas excessivement. A la suite de quelques gros repas, elle présente une indigestion passagère, avec fièvre et diarrhée pendant quelques jours. A partir de ce moment, apparaît un amaigrissement rapide, avec nervosité extrême, palpitations, insomnie, polydipsie. En juin 1947, l'apparition d'une exophtalmie fait reconnaître un syndrome basedowien, que complètent un tremblement, une tachycardie habituelle à 120, une élévation du métabolisme basal de plus de 61 % ; la perte de poids atteint 8 kg. Il existe en outre un goitre important, diffus, mou, homogène, plus développé au niveau du lobe droit.

Un traitement par l'aminothiazol est institué, d'abord à la dose de 0 g.,60, puis à la dose de 0g.,40 avec un comprimé de ½ mg. de thyroxine. Deux mois plus tard, l'amélioration est manifeste. Les symptômes fonctionnels se sont considérablement atténués. Le poids s'est accru de 2 kg,500. Le pouls s'est ralenti à 80. L'exophtalmie elle-même a diminué. Par contre, le goitre a légèrement augmenté de volume.

On retrouve dans la famille quelques cas de goitres. La mère de la malade, fille de parents suisses, avait une maladie de Basedow, avec exophtalmie, et est morte à 38 ans d'accident cardiaque à l'occasion d'une grippe. Un frère et une soeur de la grand-mère maternelle étaient porteurs de goitres.

CAS N° 4 - Mme Dup... 36 ans.

Premières règles à 11 ans ½, survenant tous les trente jours, douloureuses, très abondantes, durant huit jours. Mariée, deux filles en bonne santé.

Il y a deux ans, l'une des filles fait une primo-infection tuberculeuse dont la malade est très alermée. Elle attribue à cette inquiétude les troubles de sa santé. Ceux-ci ont débuté par un engraissement, accompagné d'une modification des règles. En deux ans, la malade, qui a toujours été forte, a vu son poids passer de 72 à 84 kg. En même temps, les règles, tout en restant régulières, ont beaucoup diminué d'abondance, ne durant plus que deux jours au lieu de huit.

Mais, depuis environ trois mois, la malade s'est mise à maigrir très ra-

pidement. De 84 kg, son poids s'est abaissé à 70 kg,250. En même temps se sont installés de l'asthénie, des palpitations, de la nervosité, des oedèmes malléolaires, de la dyspnée.

A l'examen, le 4 juin 1948, on note un goitre assez important, atteignant en bas le manubrium sternal, et présentant plusieurs noyaux, dont l'un, dans le lobe droit, atteint le volume d'une petite prune.

Il n'y a pas d'exophtalmie nette, mais le regard est brillant, et l'on note un signe de de Graefe, une pigmentation des paupières. Il existe, en outre, un tremblement accentué, une tachycardie à 100 après repos. Le métabolisme basal atteint plus de 82 %.

On ne retrouve pas de troubles thyroïdiens chez les ascendants de la malade. Mais ses deux soeurs ont été atteintes de chorée.

CAS N° 5 - Mme Lec ... 50 ans.

Premières règles à 12 ans, toujours normales : 28-4. Deux enfants. Allaitement pendant deux ans chaque fois. Après le sevrage de chaque enfant, la malade a notablement engraissé, de 5 à 6 kg en quelques mois.

Cependant, à l'âge de 48 ans, en mai 1946, le poids ne dépasse pas 62 kg pour une taille de 1 m.545 (il était de 45 kg au moment du mariage).

De mai à décembre 1946, sans raison apparente, la malade engraisse brusquement. Son poids s'élève à 71 kg. Il n'existe par ailleurs aucun trouble.

A partir de décembre, cet engraissement fait place à un amaigrissement rapide et considérable, puisque, en cinq mois, il atteint 22 kg. En mai 1947, on note un syndrome basedowien complet avec goitre modéré, palpitation, tachycardie, tremblement, élévation du métabolisme basal de plus de 60 %. Poids, 49 kg.

Le 16 mai, une thyroïdectomie subtotale est faite par le Docteur MIALLARET. En novembre, le poids est remonté à 71 kg ; l'obésité est diffuse. On note une hypertrichose faciale, mais installée dès la jeunesse. La malade accuse des céphalées, de la nervosité, de la dyspnée d'effort. Pouls, 78 ; tension artérielle, 16 1/2-10.

Le 4 mars 1948, la tension artérielle atteint 24-11. Les règles sont

survenues deux fois dans le mois.

Le 11 mai, sous l'influence d'un régime restrictif et de faibles doses d'extrait thyroïdien, le poids s'est abaissé à 69 kg,600 ; la tension artérielle est redescendue à 17-8. Les règles sont normales. Les céphalées ont disparu.

CAS N° 6 - Mme Can... 40 ans.

Premières règles à 12 ans. Cinq enfants, entre 1930 et 1938. A partir de 1940, ménorragies. En 1944, hystérectomie pour fibrome et pyosalpinx.

Au moment de son mariage, la malade pesait 52 kg pour une taille de 1 m.66. Elle a nourri tous ses enfants, et chaque période d'allaitement a été accompagnée et suivie d'un engraissement important, si bien que le poids atteignait 75 kg à 36 ans.

Avant d'être opérée, la malade a présenté une longue période d'annexite, qui a nécessité plusieurs mois de lit, un traitement au propidon. A ce moment, l'alimentation était très réduite. De tout cela a résulté une perte de poids de 20 kg.

Après l'hystérectomie est survenu un engraissement rapide et considérable, qui a ramené le poids à 82 kg. En même temps, la malade éprouvait de nombreuses bouffées de chaleur, des palpitations, des poussées d'érythrose cutanée, des fourmillements dans les mains. Des injections de benzoate d'oestradiol ont calmé les bouffées de chaleur, mais ont entraîné des poussées de gonflement et de douleurs mammaires, auxquelles a mis fin l'association de progestérone et d'oestradiol.

Il y a deux mois, une dernière injection d'oestradiol a été suivie d'une crise de tremblement avec malaise intense. Depuis lors, tout traitement hormonal a été suspendu, et la malade s'est mise à maigrir, en même temps que sont apparues, avec de nouvelles bouffées de chaleur, des céphalées occipitales, des palpitations, de la nervosité.

Au moment de notre examen, le 13 février 1948, la perte de poids est de 6 kg, on note une augmentation de volume du corps thyroïde, une exophtalmie discrète avec signe de de Graefe. Le métabolisme basal est augmenté de plus de 33 %.

Un traitement de l'aminothiazol (0 gr,20 par jour) améliore les signes fonctionnels, relève le poids de 2 kg, mais amène une légère augmentation de l'exophtalmie et du volume du corps thyroïde.

CAS N° 7 - Mme Rus... 40 ans.

Règles à 12 ans ½, irrégulières, toutes les 4-5 semaines (6-7jours). Elle a trois grossesses successives à 20, 28, 30 ans, et commence à grossir après chacune de ses grossesses, surtout la troisième, passe de 70 kg à 20 ans à 106 kg.

Elle se met au régime (sans extraits thyroïdiens ni thyroxine) et perd 14 kg en 3 mois. Mais, arrêtant ce régime et continuant, dit-elle, à manger beaucoup, maigrit encore jusqu'à 83 kg en même temps qu'apparaissent nervosité, palpitation, tremblement, thermophalie et goitre.

Ex. Le 8 novembre 1954, 84 kg, 1 m.64, TA 16-8, goitre important, diffus, plus important à droite où l'on décèle un noyau du volume d'une petite noix. Exophtalmie discrète avec élargissement de la fente palpébrale. Léger oedème des panprines.

Tremblement très marqué, généralisé, métabolisme basal + 59 %, pouls 128.

NF	GR 4.019.000		AB 78 %		VG 0,97
	GB 4.060				
	47		Mono	12	
	7		MMono	6	
	baro 0		Lympho	28	

Evolution : reçoit un régime restrictif en H de C et en graisses et 200 mg de Propylthriomacile, est amélioré, et l'on passe à 150 mg associés à ½ mg de Thyroxine et un peu de gardénal.

Le 14 janvier 1955, très améliorée, régles régulières, TA 14/7, le goitre est inchangé, les yeux sont un peu gonflés, humides, congestionnés, le tremblement est très minime, le pouls est à 110 ; la malade n'a pas été revue.

CAS N° 8 - Mme Des... 40 ans.

Règlée à 14 ans et depuis régulières à 28-30/4 avec douleurs le premier jour. On note dans les antécédents une cousine germaine vivant dans les Ardennes, qui a été opérée d'une maladie de Basedow.

Elle a neuf grossesses : huit enfants bien portants de 14 à 5 ans et une fausse couche en mai 1959 ayant entraînée un curtage.

C'est à partir de ce moment qu'elle grossit rapidement de 57 à 61 kg

puis à partir d'octobre, maigrit jusqu'à 48 kg en mai 1960, cependant que les palpitations, la soif vive, la thermophalie, le tremblement, le pouls à 120 font pratiquer un métabolisme basal = + 78 %. La malade reçoit alors 300 mg de Méthyltiomarile, sous forme de Frénantol composé, pendant 15 jours, puis 200 mg, associés à 6 gouttes de solution de luyol forte.

On note une amélioration, une reprise de poids de 6 kg, mais se manifestent alors le goitre et l'exophtalmie.

Le 30 juin 1960 : 56 kg, 1 m.59 ; goitre diffus, peu volumineux mais net avec un noyau paramédian gauche du volume d'une cerise. Tour du cou 34 cm.5. Exophtalmie prédominante à gauche. La fente palpébrale est élargie, découvrant complètement l'iris et laissant apparaître une mince bande de sclérotique en blanc, légère propulsion des globes. Signe de de Graefe, plus net à gauche. Bourrelet palpébral supérieur, plus net à gauche. Le tremblement, nettement diminué d'intensité.

- métabolisme basal à 28 %
- pouls 80

Evolution : sous l'effet de 150 mg de Propylthriomacile, Thyrocine, 1 mg associé à réserpine et phénobarbital.

Septembre 1960 = l'amélioration se poursuit.
- ni palpitations, ni tremblements.
- diminution de l'exophtalmie et du goitre (34 cm)
- pouls 80 TA 15½ - 9

En juillet 1961, avec le même traitement : il n'existe plus aucun signe, même oculaire, sauf un petit noyau de cerise au niveau du corps thyroïde. Le poids est revenu à 60 kg, le pouls est à 76.

CAS N° 9 - Mme Gua... 20 ans.

Règlée à 11 ans ½, et depuis régulièrement 28/5. A toujours vécue à Alger. Un frère et une soeur de la grand-mère ont eu des goitres, l'oncle avec exophtalmie.

A 13 ans, a eu elle-même un petit goitre qui aurait été traité par de la thyroxine pendant quelques mois, et avait disparu.

Début des troubles à 19 ans par l'apparition de tâches brunâtres sur la partie antérieure du bras et de l'avant bras gauche, rapportées à un lichen plan.

Présente en même temps un retard de règles de un mois, suivies de règles trop rapprochées, deux fois à quinze jours d'intervalle.

On lui propose la radiothérapie pour son lichen, et elle reçoit une première séance de rayons X sur la moelle dorsale haute. Ce sera la seule, car immédiatement après apparaissent rapidement, en quelques jours, goitre, exophtalmie, tremblement, cependant qu'elle engraisse de 7 kg en quelques mois (61 à 68 kg). Elle reçoit alors 15 cg de Méthylthromacile pendant trois mois. Mais l'exophtalmie s'aggrave.

On remplace alors par frénantol simple et 2 gouttes de thyroxine (environ 1/10 de mg) associé à un régime restrictif et du diasmex = la malade perd 5 kg.

Ex. 1 m.65 63 kg TA 11 - 7 ½

Apparaît hyper ynique, hanches larges, forte poitrine, jambes grasses.

Exophtalmie : très marquée avec protusion importante, écartement des fentes palpébrales découvrant largement la sclérotique au-dessus et au-dessous de l'iris. Oe dème palpébral important surtout de la paupière supérieure.

Goitre : petit avec noyau median de la taille d'une cerise.

- le tremblement n'existe plus.
- pouls à 72

Traitements :

- repos 16 h. par jour.
- thyroxine 10 gouttes.
- associés à phénobarbital et réserpine
- de plus collyre à l'hydroeatisme
- et régime restrictif en cas de prise de poids.

Le 12 Octobre 1960 : très amélioré du point de vue nervosité. On note un petit écoulement mammaire attribué à la réserpine. A grossi de 3 kg malgré un régime assez sévère. Quant à l'exophtalmie, elle s'est plutôt accrue avec profusion, oedème, de Graefe très net.

- le goitre reste discret
- pouls à 66
- métabolisme basal + 6 %

- Iprotidique (3 semaines après thyroxine et réserpine 4gr,5

Epreuve I 131	Act. thy.	Act. Plasm.	H/P
3e heure	21	1 716	0,63
6e -	34		
24e -	37	351	0,29
48e -	36	306	

CAS N° 10 - Mme Bou ... Germaine 39 ans.

Originaire de Chamonix. Règlée à 13 ans (3/6) avec douleurs le premier jour.

Elle a trois enfants de 6, 4 et 3 ans. L'engraissement s'est manifesté après ces deux dernières grossesses (jusqu'à 68 kg). Une petite augmentation de volume du corps thyroïde est déjà signalé après la deuxième grossesse, mais sans signes d'accompagnements.

A 38 ans, elle fait une fausse couche spontanée (sans curetage) et a son retour de couches un mois plus tard. C'est alors qu'elle maigrit de 13 kg en 1 an, avec nervosité, anxiété, palpitations, tremblement, exagération de la soif, mais sans perte d'appétit.

Le 6 juillet 1954 : 55 kg.

- goitre important, globuleux, très apparent, diffus.
- exophtalmie nette, avec protrusion modérée, écartement des paupières, sans oedème.
- tremblement modéré
- TA 14 - 7
- MB + 43 %
- pouls 120

Traitement : - 200 mg de Propythromacile puis 150 mg. associé à thyroxine et gardénal

En septembre 1954, l'état de la malade est très amélioré du point de vue nerveux.

- poids à 60 kg,300
- pouls 84
- l'exophtalmie est inchangée.

- le goitre reste important mais n'est pas accru.

Le traitement est poursuivi en descendant progressivement les doses de propylthromacile jusqu'à 50 mg, toujours associé à la thyroxine.

Le 28 Avril 1955 : 64 kg,800

- l'exophtalmie est toujours discrète, mais le goitre semble augmenter de volume.
- pouls à 92

Le traitement est poursuivi 50 mg de Propylthromacile mais 2 comprimés de thyroxine.

Le 31 Octobre 1956 : est enceinte de 4 mois.

- la malade se sent très bien
- son MB est à 8 %
- le pouls à 92

On remplace le Propylthromacile par la diiodotyrosine 0,20.

Après un accouchement normal le 13 Avril 1957 d'un enfant de sexe masculin de 4 kg,200,

Le 10 Novembre 1957 : la malade a repris la thyroxine depuis l'accouchement : poids 70 kg,600.

- le goitre a entièrement disparu
- il reste une très légère exophtalmie surtout à gauche.
- le pouls est à 60
- MB 5 %
- TA 16-10
- Urée 0,26
- Glycémie 1,04
- Cholestérol 1,61

CAS N° 11 - Mme Lev... Paulette, 38 ans.

Règlée à 15 ans, ses règles étaient irrégulières jusqu'à sa première grossesse (retards pouvant atteindre quelques semaines). Depuis sa première grossesse : oligomenorrhée (1 jour).

Madame Lev... a trois enfants de 6, 4 et 3 ans. C'est au cours de sa première grossesse qu'elle grossit de 10 kg, puis de 9 kg après sa grossesse.

Elle a toujours eu un gros appétit depuis, mais suit un régime restrictif. C'est en 1951 qu'elle perd son père , auquel elle était très attachée (décédé de cancer), et qu'apparaissent une très grande nervosité, et un tremblement important, mais sans amaigrissement.

Ex., le 12 Novembre 1952 : 78 kg,600 (n'a pas maigrie) morphologie hypergynique, goitre volumineux, diffus, symétrique, large et partiellement plongeant.

L'exophtalmie est discrète avec écartement des fentes palpébrales, regard tragique, protrusion modérée, signe de de Graefe et léger oedème des paupières.

- visage rouge
- pouls à 136
- MB + 35 %

Cette malade n'a pas été revue.

CAS N° 12 - Mme Heb... 56 ans.

Règlée à 16 ans. Madame Heb... a eu sept enfants.

A 45 ans, elle est opérée d'un fibrome et engraisse alors de 65 à 75 kg. Elle avait à l'époque de fréquentes bouffées de chaleur.

A 56 ans, commence l'amaigrissement rapide, jusqu'à 52 kg associé à une arthérine musculaire, des palpitations, un tremblement, un goitre discret, une légère exophtalmie, le MB est à + 43 %.

Elle est alors traitée pendant un an par 10 à 15 gouttes de lugol. Une amélioration partielle est notée.

En Mai 1948 : 48 kg,600 1 m,695

- goitre peu volumineux, diffus avec un noyau median (cerise)
- exophtalmie modérée, plus marquée à droite, avec signe de de Graefe.
- tremblement important.
- pouls à 108
- MB + 49 %
- glycémie 1,41. Pas de sucre au moment de l'examen mais mais a à plusieurs reprises 1 à 4g o/oo de glycosmie.

A été opérée le 8 Juillet 1948.

Goitre vésiculaire type Basedow polymorphe. Les vésicules de grandes et majeures dimensions on un aspect nettement hyperplasique, avec des épithéliums de type cylindrique ou cubique, au colloïde eomiophile, très vacuolisé, surtout à la périphérie. Aspect souvent proliférant avec végétations intravésiculaires quelques zones microvésiculaires, mais où l'épithélium est également élevé et la colloïde pâle et vacuolisée. Quelques zones d'involution colloïde complète.

En Novembre 1949 : va très bien, il n'y a pas de glycosmie, reste seulement une légère exophtalmie. Le pouls est à 72.

CAS N° 13 - Mme Mer... M.L. 47 ans.

Sa mère était atteinte d'un goitre volumineux sans signes apparents de troubles fonctionnels hyper ou hypothyroïdiens.

Un frère a été opéra d'un goitre, simple également, à 53 ans.

Elle-même a été règlée très régulièrement depuis l'âge de 14 ans, jusqu'en fin 1960. A ce moment, elle présente un retard de 8 à 10 jours, tout à fait inhabituel, en même temps qu'elle engraisse rapidement de 6 kg.

En juin 1961, se développe rapidement l'hyperthyroïdie : amaigrissement de 16 kg en 4 mois, palpitations, tachycardie, tremblement, nervosité, soif, transpiration. Le corps thyroïde est modérément augmenté de volume.

Le 22 Août 1961 : MB + 99 %. La malade est alors en arythum complète.

A partir du 22 Août : traitée par le Basolan (12 comprimés pendant 15 jours, puis 10 comprimés pendant 8 jours, puis 6 durant 4 jours jusqu'à fin octobre, associé à la digitaline, puis 8 comprimés, les signes s'améliorent nettement, l'arythum disparaît. Il existe une prise de poids de 1 kg,500, le MB est à + 25 %.

Le 3 Novembre 1961 : prend toujours 8 comprimés de Basolan. Poids 49 kg (au lieu de 65 début juin) Pouls à 96, TA 13 - 7

Le goitre est modéré, diffus, mais très appréciable, avec noyau isthmique du volume d'une cerise.

Il n'y a pas d'exophtalmie vraie. Un léger écartement des fentes palpé-

brales, surtout à gauche, avec signe de De Graefe discret, le tremblement, modéré mais net, était plus important avant le début du traitement.

CAS N° 14 - Mr Bou... 51 ans.

C'est en 1949, après une large période de gros soucis d'affaires (Mr Bou... a dû déposer son bilan) que l'engraissement se manifeste rapidement (8 kg en 8 mois). A cette époque, le cholestérol est à 3 930.

En novembre 1950, Mr Bou... est opéré d'un syndrome fissuraire avec hémoroïdes. C'est alors que débute l'amaigrissement rapide et intense de 15 kg en 3 mois, associé à des palpitations, une asthénie, un signe du tabouret, cependant que se manifeste le goitre.

Un traitement par antagothyro entraîne une amélioration, avec une reprise de 3 kg. L'arrêt du traitement entraîne une rechute.

Une deuxième cure entraîne à nouveau une amélioration.

Ex. le 10 Mai 1951 : 63 kg.

- goitre net, diffus, étalé, partiellement plongeant.
- exophtalmie très notable, avec protrusion, écartement des fentes palpébrales découvrant largement la sclérotique au-dessus et au-dessous de l'iris.
- Signe de de Graefe particulièrement net.
- le cholestérol est alors à 1 80

CAS N° 15 - Mme Cap... 36 ans.

Sa mère a eu une augmentation de volume du corps thyroïde après sa naissance.

Règlée à 13 ans avec quelques retards irréguliers jusqu'à sa première grossesse. Elle a trois enfants de 13, 7 ans et 10 mois.

A 27 ans s'est séparée de son mari et a présenté alors une période d'aménorrhée de 9 mois.

En Août 1949, après sa deuxième grossesse, elle a engraissée de 7 kg. Cet accouchement a été suivi de pertes sanglantes prolongées. Le retour de couches a eu lieu le deuxième mois.

Depuis ses cycles sont réguliers, mais peu abondants (1 jour).

En Octobre 1949, elle maigrit de 14 kg en 6 mois, cependant que se manifestent tachycardie, palpitations, tremblements, thermophalie, une soif très vive, une nervosité et de la diarrhée.

Ex. en Mai 1950 : 60 kg 1 m.72

- le goitre est de petite dimension, symétrique et régulier.
- pas d'exophtalmie vraie, mais écartement des fentes palpébrales, signe de de Graefe.
- le tremblement est généralisé

pouls 124
MB + 35 %
iode pratique 15 j.
TA 12 - 7
GR. 4.000.000 VG 1
GB 6.000 PN 50
Eos 3
lympho 28
MMono 16
Mono 3

La malade est traitée par 200 mg de Propylthiouracile, associé à 1 mg de Thyroxine, et le repos.

Juillet 1950 : très améliorée, la malade a repris 2 kg RA 13 - 8, le pouls est à 70.

CAS N° 16 - Melle Bri... 35 ans.

Originaire des Sables d'Olonne.

Son père avait, après une chute de bicyclette ayant entraînée une fracture du bras, développé entre 1949 et 1951, un goitre volumineux, qui a du être opéré.

C'est en 1953 que son père, dont elle était la secrétaire, a dû être opéré de la prostate et est décédé. Agée de 33 ans, Melle Bri... a dû alors assurer des responsabilités, faire des démarches, ayant entraînés de nombreux soucis. C'est à cette époque que, en quelques mois, sans manger plus, affirme-t-elle, elle

grossit de 59 à 68 kg.

C'est après 1 an d'état stationnaire que survient un amaigrissement de 16 kg en quelques mois, puisqu'elle pèse 52 kg,800 en Mars 1954 cependant qu'existent nervosité, palpitations, thermopholie, une soif vive, et un tremblement. On découvre le goitre.

Melle Bri... est alors soignée homéopathiquement,associé à de petites doses d'extraits thyroïdiens et au repos.

Après une amélioration, une prise de 3 kg, survient une rechute.

Ex. le 14 Novembre 1955 : 55 kg,300 1 m.61 TA 17 - 9

Le goitre est important, diffus, prédominant à gauche, battant, soufflant. On note un "erythème pudique" du cou et de la partie supérieure du thorax.

L'exophtalmie est importante avec saillie des globes oculaires, léger oedème des paupières supérieures.

Le tremblement est fin et très rapide, le pouls à 140.

CAS N° 17 - Mme Rad... 39 ans.

Règlée à 13 ans, tous les 25 jours pendant 5-6 jours. Elle n'a pas d'enfants.

En 1949, elle perd sa mère et se développe alors un engraissement de 12 kg en 1 an, sans troubles de règles.

Et en 1950 succède un amaigrissement de 10 kg, avec thermopholie, tachycardie, et palpitations.

Ex. le 23 Mai 1951 : 55 kg 1 m.53

- le goitre est important, étalé, s'engageant partiellement derrière le manulrium sternal.

Pas d'exophtalmie vraie, mais un écartement des fentes palpébrales avec signe de de Graefe.

Tremblement modéré, mais net. Pouls à 120. MB + 15 %.

Cholestérol 2,95.

CAS N° 18 - Mame Guy... 27 ans.

N'a jamais été bien réglée.

Née à Haïpha, a dans son enfance une vie facile, mais
En 1945, elle subit des bombardements.
- a le spectacle de morts violentes qui l'ont beaucoup frappées.
Puis subit l'occupation japonaise
- des français
- et enfin du Viet Minh

Mariée à un français en 1952 dont elle a 2 enfants bien portants. Mais en 1956, accouche d'un enfant qui meurt en 3 jours et aussitôt doit fuir en France.

Elle est alors en proie à de nombreuses autres difficultés, de logement, de travail, conjugales et en même temps se met à manger et boire beaucoup. S'étonne de son comportement, devient agaçable, dort mal.

Elle grossit de 10 kg en 1 mois.
- le goitre est perceptible seulement 6 mois après.
- l'exophtalmie ne commence à se manifester que 6 mois encore plus tard, alors qu'elle maigrissait depuis 9 mois environ, et était traitée par divers "reconstituants". Elle perd 13 kg.

Ex. En Octobre 1960 : alors existent :
- un goitre assez volumineux, paramédian, soufflant.
- une exophtalmie surtout marquée à droite.
- le pouls est à 140.
- le MB à + 48 %
- de plus des troubles de sommeil, une soif très vive, avec et nocturne persistent.
- le signe du tabouret est net.
- enfin elle présente une aménorrhée de 3 mois.
- cholestérol 1,5

3ème heure	83 %
6ème heure	87 %
24 -	85 %
48 -	79 %
4ème jour	71 %
8 -	64 %

Activité plasmatique		Rapport H/P
3ème heure	151	0,47
24 -	202	0,1
48 -	340	(0,072)

Iode protidique 13 j, 5

	Avant	Après
. creatinine	0,74	0,75
. 17 C S	4,2	5,4
. 17 O H	9,5	23,7

Enfin F S H = entre 5 et 25.

Quant à l'évolution, on décide l'intervention (Mme Guy... voulait guérir vite) et en Octobre 1961 :

- plus de tremblement ni thermophobie.
- reste une certaine nervosité.
- plus de S. oculaires.
- règles un peu espacées.
- le poids est à 58 kg,400.
- le pouls à 80.

CAS N° 19 - Melle Lef... 14 ans.

Règlée à 13 ans, régulièrement cycles de 30 jours, pendant 5 jours, non douloureux.

La mère a un petit goitre avec éclat du regard.

Aucun autre antécédent retrouvé, ni thyroïdien, ni diabétique, ni d'H T A.

En 1959 débutent les troubles, par une aménorrhée apparue progressivement.

Les dernières règles normales sont au 15 juin 1959. Elle présente une oligoménorrhée de 2 jours en Juillet, puis une aménorrhée totale.

La polydipsie apparaît à la même époque, elle aurait été de 6 à 7 l., surtout diurne, mais obligeant la malade à se lever la nuit pour boire et uriner.

En Septembre apparaissent les modifications du comportement : nervosité,

irritabilité, instabilité psychomotrice, et aussi une thermopholie, un tremblement des palpitations.

En Octobre se manifeste le goitre puis l'exophtalmie, cependant que la malade engraisse rapidement de 4 kg, de 52 à 56 kg,300, sans boulinie, avec un appétit, dit-elle, resté normal.

Elle est alors traitée par :

- phénobarbital
- Barclène, 8 comprimés par jour.
- Thyroxine, 8 comprimés par jour.

Ceci pendant 3 mois :

- nervosité et tremblement sont améliorés.
- le poids reste stationnaire.
- les règles réapparaissent en Janvier et Février 1960.
- mais exophtalmie et goitre persistent.

A l'examen :

- goitre : de consistance molle, portant sur les 2 lobes avec un noyau de la taille d'une noix plus ferme, paramédian droit
- Thrill important et double, souffle très intense,
- tour de cou : 36 cm.
- Exophtalmie : OD 20 ½
  OB 20 ½
  - plus importante, avec oedème de la paupière supérieure, découvrant 1 mm de sclérotique à droite, 2 mm à gauche.
  - pigmentation des paupières
  - pas de signe de de Graefe.
- Tremblement fin et nerveux des extrémités, assez important.
- la thermopholie reste très importante.
- la tachycardie est régulière à 168 sans crethisme ni souffle cardiaque.
- De plus, l'asthénie musculaire est très importante :
  - signe du tabouret très net
  - diarrhée
  - acné
  - pas de vergetures.

. par d'oedème, mais infiltrations un peu succulente des cuisses et des jambes.

. mains normales.

- enfin : les règles se sont de nouveau arrêtées.

. Il n'y a pas d'amaigrissement, la malade pèse toujours 56 Kg.

Exemples complémentaires :

- MB + 97 %
- I 131 3ème heure 40 %
  6 - 38 %
  24 - 31 %
  48 - 27 %
- Iprotodique 16 g,5
- Cholestérol 1,05
- Urée 0,20
- Electrophorésie : Alb. 26
  Glob. 6,4
  15,6
  9,2
  42,8
- Protides totaux : 71 g/litre
- Sérum globuleux : 31 g/litre

		Après ACTH	Dectaucyl 13 mg x 5 jrs
Volume urinaire	410	470	1 130
Creatinime	0,25	0,40	0,80
17 C O	118	4,4	3,4
17 O H	7,2	16,5	12
Folliculine	5		

Mais le taux de F S H est entre 5 et 25.

Quant à l'évolution, en Mai 1960 est décidée l'intervention, et après

quelques incidents parathyroïdiens assez sérieux, la malade avait en Mars 1961, un MB à 0 %.

CAS N° 20 - Melle Lel... Christiane 28 ans.

Originaire de l'Orne.

Elle présente un goitre vers l'âge de 14 ans, et aurait reçu à l'époque de l'iode, et maigri. Elle pesait à l'époque 67 kg pour une taille adulte de 1 m.62.

En 1960 à 27 ans, Madame Lel... qui n'est pas mariée et a un enfant de 4 ans présente :

- un goitre
- une soif permanente, surtout nocturne
- une asthénie intense physique et psychique.
- une aménorrhée.
- quelques diarrhées.
- et une prise de poids de 7 kg en 2 mois (de 52 à 59 kg le 20 Octobre).

Elle se plaint en même temps de sueur, palpitations.

		Activité plasmatique	H/P
3ème heure	82 %	159	0,45
6 -	82 %		
24 -	77 %	594	0,050
48 -	69 %	919	0,060

- cholestérol 2,09
- ½ Eb de type irritatif.

	Avant ACTH	Après ACTH	Der 3 mg x 5 jrs
Volume urinaire	1 130	1 050	1 630
Creatinine	0,68	0,75	0,69
17 C O	4,4	7,2	0,9
17 O H	6,4	33	2,1

F S H + à 25 et à 5 - à 50.

Quant à l'évolution : la malade mise au repos 20 h. par jour, avec 2 fois 20 gouttes de lugol par jour et de la réserpine.

- elle continue de grossir (6 kg en 2 mois)
- elle a moins soif, mais toujours faim.
- se sent beaucoup plus calme.
- les règles ont réapparues tous les 28 jours pendant 3 jours.

- 2ème PARTIE -

ETUDE DE CES CAS

D'ENGRAISSEMENT PREBASEDOWIENS

I - LES CIRCONSTANCES D'APPARITION.

1 - Les antécédents familiaux :

Nous retrouvons sept fois des antécédents signalés chez un ou plusieurs membres de la famille. Cela correspond sensiblement à la proportion retrouvée habituellement d'antécédents, en tenant compte du fait que les observations retenues ont été plus particulièrement fouillées.

Il s'agit le plus souvent de goitre simple, trois fois des ascendants directs, mais aussi de goitre exophtalmique retrouvé trois fois.

Enfin, dans nos cas, il ne semble pas que d'autres circonstances étiologiques aient une importance plus considérable lorsqu'aucun antécédent n'est retrouvé.

2 - Le sexe :

L'importance du sexe est considérable puisqu'il ne nous a été possible de retenir qu'un seul cas chez l'homme.

Les autres cas prêtaient trop de discussions en général du fait du peu d'importance de la prise de poids. Tel Monsieur Bil... qui aurait grossi de 4 kg en 6 mois, un an avant sa maladie de Basedow, et alors qu'il était en proie à de graves soucis. Mais d'autres phénomènes, vacances en particuliers, semblent entrer en ligne de compte. Nous n'avons pas cru pouvoir retenir ces cas. Quoiqu'il en soit, la prédominance du sexe féminin, 15 % de cas de maladie de Basedow, pour un maximum de 6 % retrouvables chez l'homme, est manifeste.

3 - L'âge :

La répartition de nos cas, selon l'âge, fait apparaître un maximum de fréquence très net, entre 35 et 40 ans. Ainsi, cette courbe (correspondant à des femmes) diffère des cas d'ensemble par un rajeunissement de la moyenne d'une part, et d'autre part, par le fait qu'un seul clocher a pu être retrouvé au lieu des 2 habituels pour l'ensemble des cas.

4 - Les facteurs émotionnels :

Nous en retrouvons 6 cas sur 20 retenus. Mais si l'on considère qu' une grossesse et un accouchement entraînent une certaine émotion, nous en arrivons à la moitié des cas. Et si les interventions sont elles aussi considérées sous l'angle de l'émotion qu'elles provoquent, nous en arrivons à bien plus de la moitié des cas.

Quoiqu'il en soit, ce facteur apparaît comme très fréquent, de l'aveu même des malades. Qu'il soit seulement permis à ces propos, deux dégressions qui ne sont, d'ailleurs, pas très éloignées du sujet.

A PROPOS DES FACTEURS EMOTIONNELS.

A - L'existence même des individus au sein des espèces montre bien la nécessité d'admettre des limites individuelles de résistance aux variations du milieu extérieur. Ce dernier groupe, certes, température, hypométrie, barométrie, mais aussi :

Au moins par des espèces un peu supérieures, animales, toutes choses pouvant être rencontrées par cette espèce. Et en particulier et d'abord les autres espèces animales et végétales du milieu ou elle vit (qui, par exemple, serviront à sa nourriture) mais surtout les autres individus de la même espèce habituellement rencontrés, qui participent nécessairement à l'équilibration instinctive. (C'est cela même qui forme les différents sociétés). Pour prendre un exemple : le petit animal abandonné trop tôt par sa mère ne peut survivre.

Si toutes les mères de l'spèce avait un instinct réglé sur l'abandon à cette date, l'espèce s'éteindrait d'elle même.

En fait, il n'existe que quelques mères qui puissent avoir ce comportement déréglé, qui soient en dehors des limites de la "courbe en cloche".

Ceci pour bien montrer que les phénomènes de régulation instinctive doivent tenir compte de tout le milieu extérieur, y compris, par exemple, la famille, présence d'une mère, vie d'un enfant.

Et le bouleversement du milieu extérieur entraîne des troubles variables

avec nombre de phénomènes, (dont l'âge de développement) et l'individu pourra ou non, surmonter ces variations selon les propres limites de son système d'équilibration, qui groupe toutes ces possibilités, ces capacités, à la fois sensorielles, d'intégrations et motrices, dont les développements concomittants de la conception à la mort, concourent à former les normes physiologiques,,individuelles et de groupe.

Au total, deux individus d'"âge" identique, pourront résister plus ou moins facilement, et tomber dans le déséquilibre pour des circonstances variables.

Nous avons vu que le caractère héréditaire ou inné d'une telle prédisposition n'est que mal confirmé par les statistiques, bien que de nombreux cas cliniques semblent particulièrement évocateurs.

Prenons le cas de Mme Pre... 10 ans avant le début de sa maladie de Basedow, on notait, alors qu'elle engraissait rapidement, au cours d'un examen systématique, "tendance au Basedow", devant un éclat du regard, une hypertrophie discrète du corps thyroïde.

C'est 10 ans plus tard que devant, d'une part des soucis constants, en particulier d'argent, et d'autre part la vue de sa meilleure amie qui brutalement succombe en quelques instants devant elle à une crise cardiaque, Madame Pre.. (qui a été opérée d'un kyste de l'ovaire) se met à développer rapidement sa maladie de Basedow, avec une angoisse paraxystique sur une crainte permanente d'une mort, comme son amie.

C'est dire, qu'à côté d'une prédisposition possible (qui devrait tenir compte de normes héréditaires et des éducations) entre en jeu le rôle de l'intensité des phénomènes émotifs, c'est à dire de leur interprétation, comme nous allons le voir.

B - Il a été possible de retrouver 21 fois sur 66, soit 1/3 des cas, des facteurs émotionnels divers sur un ensemble de maladies de Basedow avec engraissement.

Mais on sait qu'à côté de nombreux cas, si le malade rattache de lui-même

ses troubles à ses choses émotionnelles, ce n'est parfois qu'un interrogatoire assez serré qui permet de les retrouver.

Il nous est fréquemment arrivé de trouver cette origine émotionnelle par un véritable aveu du malade dont l'émotion renouvelée à cette évocation se manifeste par l'apparition brutale de larmes.

Quoiqu'il en soit, il est bien évident que l'émotion soulevée par la mort d'un enfant, ou des ennuis matériels, nécessitent une certaine compréhension du phénomène, et en tous cas, une interprétation des sensations vues ou entendues, ressenties.

Dans tous les cas, il s'agit du bouleversement des circonstances extérieures. L'Equilibre est rompu. L'Individu "comptait sur " son père, son travail, son argent, sa nourriture, sa maison.

Il évoque des conséquences :

- c'est le bouleversement de l'avenir tel qu'il se le représentait.
- la crainte de l'avenir tel qu'il se l'imagine désormais, par rapport à celui qu'il espérait.
- il lui est nécessaire d'organiser un nouvel équilibre de vie, d'agir dans un nouveau "monde extérieur".

Sans aller plus loin en ce sens qu'il sait seulement démontrer la nécessité de l'interprétation du choc émotionnel, c'est à dire de la participation de

Loin de moi cependant la pensée de vouloir affirmer la seule émotion comme conditions au déclenchement d'une maladie de Basedow, bien au contraire.

Cependant, si l'on admet la possibilité de la participation de ce déséquilibre, ou déséquilibre résultant, perturbation hypotholamique, et déclenchement d'un hyperthyroïdie, il n'est pas impossible de penser que, par un même phénomène inverse, le verbe c'est à dire des phrases, permettant à partir de l'audition)l'évocation de possibilités d'interprétation différentes de l'avenir, puissent rétablir ou empêcher le déséquilibre (chacun sait les précautions à prendre pour annoncer un décès).

Ainsi pouvait être esquissée l'explication d'une partie des effets guéris-

seurs de la persuation, et en tous cas, réaffirmer le rôle que (à côté de techniques souvent inévitables) doit jouer, l'homme, et en particulier le médecin.

5 - Le rôle de la vie génitale.

Elle joue incontestablement un rôle très important.

Les cycles ont fréquemment été toujours irréguliers, ou long et ceci, antérieurement au syndrome, en règle dès leur installation et ceci dans près de la moitié de nos cas, ce qui est, là bien différent des maladies de Basedow sans engraissement, car ce fait n'est noté que dans 9 % de nos cas.

Les maladies gynécologiques associées sont retrouvées également avec une plus grande fréquence, il s'agit de fibronnes, de kistes de l'ovaire, qui ont été opérés.

Mais surtout les grossesses, nous en retrouvons 8 cas à l'origine, ce qui représente le double de ce que l'on trouve dans les maladies de Basedow sans prise de poids. Cette fréquence semble être en grande partie responsable du rajeunissement de la moyenne des cas d'apparition de maladies de Basedow avec prise de poids.

Quant à l'interprétation de ces phénomènes, il est possible de penser que cela correspond, d'une part, pour certains cas, à un dérèglement, une perturbation, une "anormalité" initiale vraisemblablement hypothalamique, une sorte de malformation fonctionnelle, cependant que des perturbations énormes apportées par une grossesse ou l'ablation d'un ovaire diminuent les capacités de résistance, rendant en quelque sorte l'équilibre plus fragile, l'amenant au bord des limites de possibilités de normalisation.

II - LA PRISE DE POIDS PREBASEDOWIENNE.

A - Elle est en règle manifeste et importante, supérieure à 1 kg par mois pour la moyenne des cas que nous avons étudiés. On a vu qu'elle peut même atteindre 10 kg en un mois dans certains cas.

Elle précède l'apparition du goitre exophtalmique, et ce, nous l'avons vu, dans l'immense majorité des cas, immédiatement.

On a cependant retenu quelques cas ou l'engraissement était assez antérieur (voire 10 ans pour Mme Pré...). Quoiqu'il en soit, l'amaigrissement qui succède ne fait le plus souvent que ramener la malade à son poids antérieur. C'est ce qui ressort de l'ensemble de nos cas, avec une très légère prépondérance de la prise de poids sur l'amaigrissement de la maladie de Basedow.

Il est à noter que cet amaigrissement est en règle plus rapide que la prise de poids.

Ce phénomène est, certes très évocateur d'une perturbation hypothalamique, où l'on sait que se trouvent les "centres" régulateurs de l'appétit.

Il n'est guère possible de ne pas faire le rapprochement avec d'autres engraissements, observés, les uns, comme "obésité" émotionnelle, les autres au cours d'aménorrhées qui ont pu être étiquetées "hypothalamiques", d'autres encore qui ont pu être associés à des signes d'hypereotreisme.

C'est un engraissement rapide, sans que le malade se rende le plus souvent compte de modifications qui puissent l'expliquer. Une sensation de faim est en règle identique. Mais l'interprétation objective des variations des sensations issues des comportements instinctifs est en fait difficile. L'individu qui satisfait sa faim peut seulement s'apercevoir à qu'il mange plus. Il ne nous a pas été possible de tirer des conclusions valables des interrogatoires pratiqués en ce sens.

B - Par contre un certain nombre d'autres symptomes ont pu être retrouvés associés, au cours de cette même période : d'autres modifications du comporte-

ment instinctif.

La soif : elle, est bien plus facilement mesurable, et remarquable par sa tendance nocturne, elle a pu atteindre jusqu'à 6 ou 7 litres par jour (Melle Lef...).

Mais l'anxiété, la nervosité, ces modifications du caractère dont la malade s'étonne elle-même bien souvent, l'irritabilité qui lui font redouter les discussions, apparaissent, elles aussi, bien souvent au cours de cette période d'engraissement, dans un laps de temps qui peut précéder de un an les premières manifestations de l'exophtalmie.

Des modifications de la durée du sommeil, également, le plus souvent à type d'insomnie, (une fois une hypersomnie) ont été retrouvées.

Enfin le tremblement semble frésuemment avoir débuté à cette même période et avoir été plus intense qu'au moment où il nous est donné de voir la malade. Dans deux cas, des crises de tremblements sont signalées dont Mme Gua..., après une séance de radiothérapie sur moelle dorsale haute et qui a grossi ensuite encore pendant quatre mois pendant lesquels apparaissaient goitre et exophtalmie.

Mais surtout les troubles des règles sont particulièrement significatifs et se retrouvent avec une fréquence, puisque nous les retrouvons dans la moitié des cas.

Il s'agit parfois seulement d'oligoménorrhée, mais souvent de périodes d'aménorrhée (sans compter les suites de couches) qui sont retrouvées une fois sur cinq dans nos cas.

Ces périodes ne durent le plus souvent, que quelques mois. Dans deux autres cas, elles ont été retrouvées dans les antécédents. Elles sont quelquefois précédées d'oligoménorrhées un ou deux mois, mais parfois sont brutales (voire au cours même du cycle, telle Mme Lou...).

Elles peuvent céder dès le début du goitre exophtalmique, en tout cas au cours du traitement rééquilibrateur de la fonction thyroïdienne. Surtout, il nous a été donné à 3 reprises de pouvoir noter que le taux de FSH était infé-

rieur à 50, compris entre 5 et 25 ce qui est un argument de valeur en faveur de l'origine hypothalamique de ces troubles.

III - LE GOITRE EXOPHTAIMIQUE.

1 - Le goitre.

Apparait en règle en premier, il est le plus souvent volumineux, net, souvent soufflant. On retrouve au palper avec une particulière fréquence des noyaux souvent paramédian (un cas sur deux). Et l'on a pu observer, dans un cas, après gurérison, la persistance de ce seul noyau comme séquelle.

Dans trois cas, le goitre a pu être remarqué antérieurement, apparaissant soit au moment de la puberté, soit à l'occasion d'une grossesse, pour disparaître ensuite.

2 - L'exophtalmie.

A l'inverse, apparaît toujours assez tardivement.

Elle, dans nos cas, le plus souvent discrète, voire peu nette dans l'immense majorité des cas.

Quant à l'oedème associé, il est le plus souvent léger, mais cependant notable dans environ un cas sur quatre.

La rapidité d'apparition de ces troubles est remarquablement variables, pouvant aller de quelques jours à des années. Il nous a été donné de constater, dans certains cas, un rapport entre la rapidité d'apparition des symptômes, et l'intensité et la brutalité de circonstances étiologiques, mais ceci ne semble pas absolument constant.

Nous dirons pour terminer quelques mots sur l'évolution de nos cas : il ne nous a pas été donné de noter de complications moyennes.

L'exophtalmie, nous l'avons vu est en règle discrète, elle n'a entraîné qu'exceptionnellement des signes fonctionnels. Elle est cependant le seul symptôme qui a pu continuer à s'exagérer sous l'action du traitement, ou qui reste, en tant que très légère exophtalmie résiduelle après traitement, médical ou chirurgical.

Du point de vue cardiaque, la moyenne de la tachycardie apparaît très

élevée, aux environs de 125. Mais nous n'avons observé qu'une fois une arythmie qui a d'ailleurs rapidement cédé. Quant au goitre, malgré son caractère en règle volumineux, il n'entraîne guère de troubles de compressions.

L'intervention a été décidée cinq fois, et en dehors d'un incident, parathyroïdien assez sérieux, les résultats finaux sont identiques à ceux observés par le traitement médical.

Lorsqu'il a été possible d'éviter l'intervention (que la malade réclame fréquemment) les traitements médicaux, comprenant environ 200 mg, puis des doses décroissantes de Propylthromacile, associés à la Thyroxine, environ 1 mg, et suivant les cas, la réserpine, le phénobarbital et en tout cas du repos, ont amené l'amélioration progressive des différents symptômes.

Mais la guérison définitive n'a pu être obtenue qu'au prix d'un traitement prolongé sur une malade suivie, et ce n'est qu'au bout d'un an, voire deux, de traitement, que le goitre a pu disparaître complètement, l'exophtalmie ne reste que sous forme d'un éclat du regard, le pouls revenir à la normale et les examens biologiques confirmer la guérison clinique.

C O N C L U S I O N S

Parmi les observations de maladie de Basedow, nous avons recherché les cas d'engraissement prébasedowiens. Parmie ceux-ci, nous en avons retenu une vingtaine de cas qui font l'objet de notre étude, et qui représentent 7 % des cas de maladie de Basedow.

De cette étude il ressort que, par comparaison avec l'ensemble des cas de maladie de Basedow :

I - CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES :

1 - Les antécédents héréditaires se retrouvent en proportion à peine supérieure.

2 - Le sexe joue un rôle déterminant : un seul cas masculin a pu être retenu.

3 - Elle survient chez la femme légèrement plus jeune, avec un seul maximum de fréquence, entre 35 et 40 ans.

4 - Les facteurs émotionnels sont retrouvés dans un tiers des cas, ce qui est supérieur à la moyenne (1/4 des cas).

5 - Surtout le rôle de la vie génitale apparaît comme capital :

a) 50 % des cas ont des antécédents de perturbation du cycle au lieu de 9 %

b) on retrouve avec une plus grande fréquence également des affections gynécologiques.

c) enfin les grossesses sont retrouvées à l'origine avec une fréquence double (30 % au lieu de 15 %).

II - LA PERIODE PREBASEDOWIENNE :

1 - L'engraissement, en moyenne de plus d'un kilo par mois, peut atteindre

10 kilos en un mois.

2 - Ont pu être retrouvées associées :

a) Des modifications du comportement instinctif (faim - soif - modifications du caractère - troubles du sommeil - voire tremblement) mais surtout aussi :

b) des perturbations menstruelles et une fois sur cinq des périodes d'aménorrhées, dont le taux de FSH est un argument de plus en faveur de la perturbation hypothalamique.

III - LA PERIODE BASEDOWIENNE :

- l'amaigrissement, un peu plus raide que l'engraissement, ne fait, en moyenne, que ramener le malade sensiblement à son poids antérieur.
- le goitre, en règle volumineux survient avant l'exophtalmie, presque toujours discrète, associée une fois sur quatre à un léger oedème.
- quant à l'évolution elle apparaît comme remarquablement favorable, au prix d'un traitement longtemps poursuivi.

Vu, le Président de thèse :
Professeur J. DECOURT.

Vu, le Doyen de la Faculté :
Professeur L. BINET.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE.

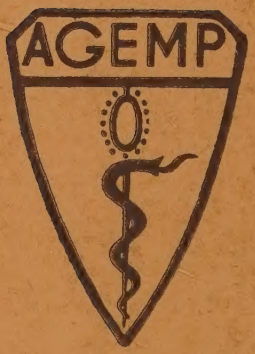
B I B L I O G R A P H I E

L'étude comparative a pu être effectuée grâce à :

- DECOURT J., Mma CANNAT de CENIVAL, LE BALL J.C. et LOUCHART J. :

"Les circonstances d'apparition des syndromes basedowiens""

(Sem. Hôpitaux - Ocotbre 1960, pp. 248-1498)



AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-90